DE L'EXTIRPATION SIMPLE

N°. 162.

DES OS DU MÉTACARPE ET DU MÉTATARSE,

SANS ABLATION

DES DOIGTS OU DES ORTEILS CORRESPONDANS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 7 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR P. PARIS, de Dijon,

Département de la Côte-d'Or.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX, *Président.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Suppléant.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS, *Examinateur.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier, *Examinateur.*	Lisfranc.
Breschet, *Examinateur.*	Maisonabe, *Suppléant.*
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A MONSIEUR BLANDIN,

Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris; Chirurgien adjoint de l'hôpital Beaujon; Membre de l'Athénée de médecine et de la Société anatomique de Paris, etc., etc.

SON DISCIPLE ET SON AMI.

A MONSIEUR GUENIARD,

MON PREMIER MAÎTRE,

Chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de Dijon; Professeur d'accouchemens; Membre correspondant de l'Académie royale de médecine; Membre des jurys médicaux du département de la Côte-d'Or, etc.

P. PARIS.

DE L'EXTIRPATION SIMPLE

DES OS DU MÉTACARPE ET DU MÉTATARSE,

SANS ABLATION

DES DOIGTS OU DES ORTEILS CORRESPONDANS.

L'EXTIRPATION simple des os du métacarpe et du métatarse est une opération toute récente. M. le professeur *Roux*, auquel la médecine opératoire doit déjà plusieurs brillans et utiles procédés, le premier a eu l'ingénieuse idée d'enlever un os métacarpien en conservant le doigt correspondant, et a, dès l'année 1818, exécuté avec succès cette opération sur le pouce gauche d'un tailleur. Mais cette heureuse tentative n'avait pas encore été imitée, lorsque l'occasion se présenta à M. *Blandin* de la répéter à l'hôpital Beaujon, en septembre 1827, sur un jeune homme de vingt-cinq ans, qui était venu à Paris y réclamer l'ablation du pouce, que plusieurs médecins de son pays lui avaient proposée, pour une carie du premier métacarpien. Lorsqu'il vit ce malade pour la première fois, telle fut aussi la première idée qui lui vint à l'esprit; mais ayant examiné la maladie de plus près, ayant reconnu l'intégrité parfaite du pouce et des articulations métacarpo-phalangienne et carpo-métacarpienne, et s'étant surtout rappelé la conduite que tint M. *Roux* dans un cas semblable, il résolut d'imiter

un si bon exemple. C'est ce que fit en effet ce jeune et habile chirurgien, et avec un succès tout aussi complet que celui de son maître. Il ne tarda pas non plus à s'apercevoir que ce procédé était entièrement applicable aux autres doigts ; aussi a-t-il indiqué dès cette époque, et le premier, le moyen de l'étendre non-seulement aux os métacarpiens, mais encore à ceux du métatarse, et surtout au premier, qu'il est si utile de conserver pour la station et la progression, comme nous le dirons plus bas.

Telle est l'origine du procédé opératoire que nous voulons décrire, et que l'on ne trouve dans aucun traité de médecine opératoire ; procédé que nous avons répété un grand nombre de fois sur le cadavre, et dont nous avons constaté les heureux résultats, qui d'ailleurs ont été sanctionnés par l'expérience.

Sans vouloir trop nous appesantir sur les causes qui réclament cette extirpation, à ce sujet nous dirons cependant que plusieurs ont amené à la nécessité de pratiquer l'opération dont nous nous occupons. Ainsi des deux malades opérés par M. *Roux*, l'un, qui le fut en 1818, était affecté de nécrose du métacarpien du pouce ; l'autre, opéré en mai 1829, portait une carie de la tête du premier métatarsien, et qui a exigé l'ablation de la partie malade. M. *Blandin* a aussi pratiqué cette opération deux fois, une première fois, en 1827, pour une carie du métacarpien du pouce, et une deuxième pour un *spina-ventosa* de la tête du premier métatarsien.

A ces causes on peut ajouter encore l'ostéo-sarcôme, et on aura à peu près toutes celles qui réclament l'emploi de cette méthode. Mais il ne suffit pas de s'être assuré que les os du métacarpe ou du métatarse sont malades, il faut encore être certain, pour qu'elle soit indiquée, que les doigts et le carpe ou le tarse sont intacts et parfaitement sains ; car sans cette condition, il faudrait recourir au procédé jusqu'à présent mis en usage, et qui consiste à enlever à la fois et l'os malade et le doigt qui le supporte.

Avant de décrire le manuel de l'opération, nous croyons indispen-

sable de le faire précéder de quelques notions d'anatomie chirurgicale, puis nous terminerons par les avantages qui en résultent.

Anatomie topographique de la région métacarpienne, et des articulations carpo-métacarpiennes et métacarpo-phalangiennes.

La région métacarpienne forme en grande partie la paume de la main. Irrégulièrement quadrilatère, elle s'étend des articulations carpo-métacarpiennes aux articulations métacarpo-phalangiennes. On y distingue deux faces : une, antérieure, concave, forme le creux de la main ; elle est limitée en dehors et en dedans par deux saillies, l'une externe, appelée *thénar*, appartenant aux muscles du pouce ; l'autre, interne, moins large, plus longue, s'étendant de l'os pisiforme à la racine du petit doigt, est dite *hypo-thénar*, formée par le faisceau des muscles propres à ce doigt. On observe aussi au milieu de cette face, entre les éminences thénar et hypo-thénar, plusieurs sillons, dont trois courbes et un transverse, lesquels résultent de la flexion des doigts ; enfin, au-dessus du sillon transverse, quatre éminences plus ou moins calleuses, correspondant aux têtes des quatre derniers métacarpiens.

L'autre face, postérieure ou dorsale, est convexe ; beaucoup moins compliquée que la précédente, elle offre à l'extérieur, quand les doigts sont étendus et écartés, 1°. cinq cordons, qui convergent vers le poignet, et sont dus à la tension des tendons extenseurs ; 2°. trois gouttières, qui se dessinent entre ces tendons et qui viennent se terminer en s'élargissant à l'origine des doigts ; 3°. les veines superficielles, qui dessinent des lignes bleuâtres ; 4°. en dehors, quand le pouce est dans l'abduction, une saillie formée par le muscle premier interosseux dorsal, et en arrière deux fossettes séparées par le tendon du grand-extenseur du pouce, l'une interne, plus petite et plus superficielle ; l'autre externe, plus profonde, dans le fond de laquelle on sent facilement l'extrémité postérieure des deux premiers métacarpiens, séparés par une échancrure où se trouve l'artère radiale

contournée, à l'instant où elle pénètre dans la région palmaire pour former l'arcade artérielle profonde, et dont on sent facilement les pulsations.

Le bord externe de cette région est continué par le pouce et son métacarpien; l'interne, plus étendu, est formé par le cinquième métacarpien, qui offre en arrière une saillie que l'on sent assez bien, et qui appartient à l'extrémité supérieure de cet os.

Structure de cette région.

1°. *Élémens.* Le squelette de la région qui nous occupe comprend tous les os du métacarpe. Ce squelette est tellement disposé dans son ensemble, qu'il représente une espèce de grillage convexe en arrière et concave en avant. Les intervalles que ces os laissent entr'eux sont plus larges au milieu et en avant qu'aux extrémités et en arrière; ce qui tient, d'une part, à leur forme triangulaire, de l'autre, à ce que les extrémités en sont renflées. Telle est la disposition de la charpente osseuse de cette portion de la paume de la main; mais ce qu'il importe, surtout pour notre sujet, d'examiner soigneusement, ce sont les articulations du métacarpe avec le carpe et les doigts.

Articulations carpo-métacarpiennes. Les articulations des os du métacarpe avec ceux du carpe diffèrent dans le premier et les quatre derniers.

La première articulation carpo-métacarpienne est en effet tout à fait isolée des autres articulations du même genre, ainsi que des petites articulations du carpe, circonstance importante à noter. Constituée par le trapèze et l'extrémité supérieure du premier métacarpien revêtus de cartilage, elle se trouve affermie par un ligament capsulaire, et a une membrane synoviale distincte. Nous allons voir qu'il n'en est pas ainsi pour les articulations des quatre derniers métacarpiens avec le carpe.

Ces articulations, formées par l'extrémité supérieure des quatre

derniers os du métacarpe, et les faces inférieures des trapézoïde, grand os, os crochu, et une portion du trapèze encroûtée de cartilage, sont maintenues dans leur rapport par des ligamens dorsaux et palmaires courts et forts, ce qui en fait autant d'articulations très-serrées. Une membrane synoviale commune se déploie non-seulement sur toutes ces articulations carpo-métacarpiennes, mais encore dans les petites articulations carpiennes, quelquefois même se continue avec l'articulation radio-carpienne à travers des ouvertures anormales des ligamens interosseux, interposés supérieurement entre la scaphoïde et le semi-lunaire et entre celui-ci et le pyramidal; d'où il suit qu'il doit résulter plus de gravité de l'ablation d'un des quatre derniers métacarpiens que de celle du premier.

Articulations métacarpo-phalangiennes. Bien que ces articulations soient toutes isolées et offrent beaucoup de caractères communs, elles présentent pourtant aussi des différences remarquables dans la première et les quatre dernières. Dans toutes, la tête de chaque os du métacarpe est reçue dans une cavité que lui offre l'extrémité correspondante des premières phalanges. Ces surfaces articulaires encroûtées de cartilage sont aussi toutes assujetties par trois ligamens, un antérieur et deux latéraux, et enfin sur toutes se déploie une synoviale particulière. Mais une différence importante à rappeler, c'est l'existence au devant des quatre dernières articulations métacarpo-phalangiennes d'un ligament nommé *métacarpien transverse inférieur.* Ce ligament, qui, comme son nom l'indique, est étendu transversalement sous la forme d'une bandelette fibreuse au devant des quatre derniers métacarpiens pour leur servir de moyen d'union, présente deux faces : une, antérieure, creusée en forme de gouttière au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, correspond aux tendons fléchisseurs, tandis que la postérieure se trouve intimement unie aux ligamens antérieurs de ces mêmes articulations; circonstance anatomique d'une grande importance à connaître dans ce cas particulier ; car il en résulte qu'en ménageant ce ligament dans l'opération,

le doigt ne subira pas de rétraction postérieure et conservera sa longueur normale, le ligament métacarpien transverse lui servant de point d'appui. Enfin, entre les têtes des métacarpiens, ce ligament libre est en rapport immédiat en avant avec les lombricaux et en arrière avec les tendons des muscles interosseux. Rien de semblable n'a lieu au premier métacarpien, sur lequel ce ligament ne se porte pas, et qui pour cela est isolé des autres métacarpiens ; ce qui d'ailleurs était nécessaire pour ses usages ; aussi remarque-t-on toujours après l'ablation du métacarpien du pouce la rétraction de ce doigt.

Les muscles de cette région sont intrinsèques ou extrinsèques ; les derniers, qui viennent de l'avant-bras, sont, pour la face postérieure, l'extenseur commun des doigts, celui du petit doigt, ceux du pouce, le cubital postérieur et les radiaux externes ; pour la face antérieure, les fléchisseurs communs superficiel et profond, le long fléchisseur du pouce, les deux palmaires et le cubital antérieur ; enfin le grand abducteur du pouce pour le côté externe. Les muscles intrinsèques sont tous placés en avant ou dans les espaces métacarpiens ; les uns, destinés au pouce, forment la saillie thénar, ce sont : le court adducteur, le court fléchisseur et l'opposant ; d'autres appartiennent à l'éminence hypo-thénar et au petit doigt, ce sont : le palmaire cutané, le court adducteur, le court fléchisseur et l'opposant ; enfin on trouve au centre les lombricaux et les interosseux.

Plusieurs aponévroses se rencontrent aussi sur les deux faces de cette région. Une, superficielle, se continue en haut avec celle du poignet, en bas se termine à la racine des doigts : sa portion dorsale mince adhère aux tendons extenseurs, entre lesquels elle est placée ; sa portion antérieure ou palmaire, très-résistante au milieu et faible sur les éminences thénar et hypo-thénar, se divise inférieurement en quatre languettes qui se bifurquent pour embrasser la tête des quatre derniers métacarpiens. On trouve encore deux autres aponévroses profondes dans la paume de la main ; l'une, antérieure, recouvre les muscles interosseux et l'arcade palmaire profonde, se continue inférieurement avec le ligament métacarpien transverse inférieur ;

supérieurement elle se confond avec les ligamens palmaires du carpe.

L'autre aponévrose profonde, située sur le dos de la main, recouvre la face postérieure des métacarpiens et des muscles interosseux. Cette lame aponévrotique se confond aussi supérieurement avec les ligamens du carpe, inférieurement avec l'aponévrose superficielle, près des articulations métacarpo-phalangiennes.

Les artères émanent sur les côtés des radiale et cubitale, et au milieu de l'interosseuse et de l'artère du nerf médian.

Les deux premières forment deux arcades, l'une superficielle, l'autre profonde. La superficielle est formée par la cubitale, et la profonde par la radiale. Il faut noter que la radiale, pour distribuer au dos de la main quelques rameaux, se dévie vers lui pour revenir bientôt dans la paume de la main.

Les veines ici sont peu satellites des artères; il existe cependant deux veines radiales qui forment une double arcade profonde. Les veines du dos de la main se rassemblent pour former l'origine des radicale et cubitale superficielles; tandis que celles de la paume se portent au devant du poignet pour constituer les origines de la médiane de l'avant-bras.

Les lymphatiques sont, comme les veines, plus nombreux au dos et sous la peau que profondément et sur le trajet des artères.

Les nerfs sont, fournis par le médian, le cubital, le radial et les deux cutanés externe et interne. Les troncs du médian et du cubital sont les seuls nerfs profonds; c'est dans cette région qu'ils se divisent en plusieurs branches qui vont en divergeant vers la racine des doigts.

Le tissu cellulaire est lâche et peu adipeux en arrière, dense et très-serré en avant.

Enfin nous arrivons à la peau, qui est beaucoup plus épaisse à la face antérieure qu'à la postérieure ou au dos.

2°. *Rapports.* Les élémens de cette région forment diverses couches

que nous devons faire connaître. Ainsi, à la face antérieure ou palmaire, on trouve : 1°. la peau, 2°. un tissu cellulaire dense et serré renfermant l'arcade superficielle ou cubitale, quelques veines, une partie du nerf cubital et le muscle palmaire cutané; 3°. l'aponévrose superficielle; 4°. les branches du nerf médian et du cubital; 5°. les muscles des éminences thénar et hypo-thénar, entre elles les lombricaux et les tendons des fléchisseurs; 6°. l'aponévrose profonde et l'arcade palmaire radiale; 7°. les muscles interosseux et les os.

Les rapports de la face postérieure ou dorsale sont très-simples; on y trouve les couches suivantes : 1°. la peau, plus fine et plus lâche qu'antérieurement; 2°. un tissu cellulaire peu graisseux, au milieu duquel rampent beaucoup de veines et de vaisseaux lymphatiques, ainsi que le nerf radial et la branche dorsale du cubital; 3°. l'aponévrose dorsale superficielle et les tendons extenseurs placés sur le même plan; 4°. plus profondément, en haut et en dehors, les tendons des radiaux et du grand adducteur, et l'artère radiale contournée; 5°. l'aponévrose dorsale profonde et la branche dorsale du métacarpe; 6°. enfin on arrive à la face postérieure des métacarpiens et à leurs espaces remplis par les muscles.

D'après ces détails anatomiques, nous croyons pouvoir nous abstenir de décrire la région métatarsienne, tout ce que nous venons de dire sur celle du métacarpe pouvant à peu de chose près s'appliquer à la première, surtout pour ce qui concerne les articulations. En effet, les quatre dernières articulations du métatarse, de même que celles du métacarpe, communiquent entre elles non-seulement au moyen d'une synoviale commune, mais communiquent aussi avec les articulations du tarse. De même qu'au métacarpe, la première articulation tarso-métatarsienne est isolée des autres; enfin, nous retrouvons encore au pied le ligament métatarsien transverse inférieur analogue à celui de la main, mais avec cette différence qu'à la main, comme nous le savons, ce ligament s'étend seulement aux quatre derniers doigts, et ne comprend pas le pouce, tandis qu'au pied il se

porte du premier au cinquième métatarsien, et comprend tous les orteils, qu'il maintient rapprochés, circonstance heureuse, d'où il résulte que, dans les extirpations simples des métatarsiens, comme dans les quatre derniers métacarpiens, du reste, les doigts ne subissent pas de rétraction. Nous avons vu qu'il n'en était pas ainsi pour le pouce, sur le métacarpien duquel le ligament transverse ne se porte pas.

Mode opératoire.

Extirpation simple du premier métacarpien. Un bistouri suffit pour cette opération, que nous avons vu exécuter à M. *Blandin* de la manière suivante : la main appuyée sur un plan résistant par son bord cubital, et maintenue par un aide, qui, d'un côté, saisit le pouce, et de l'autre les quatre derniers doigts, il fait sur le bord externe de la main, en longeant les muscles de l'éminence thénar, une incision longue de quatre travers de doigts environ, et dépassant de quatre à cinq lignes les articulations carpienne et phalangienne du premier os métacarpien; après avoir écarté les lèvres de la plaie en sens opposé, il coupe promptement les attaches du muscle opposant du pouce sur l'os qui doit être enlevé; divise également en dedans celle du premier muscle interosseux dorsal, et pendant cette dernière manœuvre, il rase bien exactement l'os du métacarpe de peur de léser l'artère radiale accolée au second; refoule les tendons des fléchisseurs et extenseurs du pouce, incise au contraire le tendon du grand abducteur de ce doigt à son insertion, attaque et sépare, de dehors en dedans, l'articulation carpo-métacarpienne du pouce; soulève l'os avec une forte pince à pansement, et termine en divisant les parties fibreuses qui fortifient l'articulation métacarpo-phalangienne. Faisons connaître ici les suites de cette opération, et les résultats obtenus sur le malade de M. *Blandin*. L'opération faite comme nous l'avons dit ci-dessus, aucun vaisseau ne donne du sang, on ne place aucune ligature; la plaie, débarrassée des caillots qui la recouvrent, est aussitôt réunie par première intention : tous les assistans constatent que le pouce jouit de

ses mouvemens de flexion et d'extension. Deux tampons de charpie sont placés, un très-gros dans la paume de la main, un autre moins volumineux sur le dos et en dehors pour comprimer la plaie vers son fond; d'autre charpie est interposée entre le pouce et l'index pour servir en dedans de soutien au premier. La réunion faite exactement à l'aide de ces moyens est maintenue à l'aide de bandelettes agglutinatives; enfin un plumasseau de cérat, quelques compresses et une bande complètent le pansement. Le malade est ensuite recouché, mis à la diète, à l'usage de la limonade tartarique; il boit immédiatement quelques cuillerées d'une potion opiacée qui calme ses douleurs. Le lendemain l'état est tout à fait bon : au milieu de son étonnement en voyant conserver un pouce dont il avait fait depuis long-temps le sacrifice, le malade lui a imprimé quelques mouvemens pour bien s'assurer, dit-il, que tout ce qu'il voit n'est pas une illusion; cette circonstance fait craindre pour l'agglutination par première attention. Le surlendemain le pouls est un peu fréquent, la langue blanche, de légères douleurs ont été ressenties dans l'abdomen et vers la main; il y a eu quelques nausées. (Saignées de douze onces, fomentations émollientes sur l'abdomen, eau de gomme, lavement avec la décoction de son.) Le troisième jour, l'appareil est inondé de suppuration, il est levé. La plaie s'est réunie supérieurement et inférieurement; du reste elle est en aussi bon état que possible pour cette époque, l'état général du malade s'est amélioré. Les quatrième et cinquième jours, l'état de l'abdomen est tout à fait normal, la suppuration est bien établie, la plaie est belle; le malade demande quelques alimens, qui lui sont refusés. Le quinzième jour de l'opération, il ne reste plus à cicatriser que deux ouvertures qui occupent le milieu de l'incision. Enfin le trentième jour, la cicatrice est complète, et on observe alors que le pouce est raccourci d'environ six lignes de sa longueur naturelle, qu'il est ordinairement placé un peu dans l'abduction, et l'on dirait que sa première phalange cherche un appui sur la partie externe et moyenne du deuxième os du métacarpe. Au reste, les mouvemens d'extension, de flexion et d'opposition sont faciles; ce garçon peut

même écrire, ce qu'il fit en présence des élèves, quand M. *Blandin* le présenta à son cours de médecine opératoire.

Extirpation simple du deuxième et du cinquième métacarpiens. Si l'on voulait extirper l'un de ces doigts, il faudrait faire une incision sur le côté externe et un peu postérieur du second os du métacarpe, ou en dedans du cinquième; pour l'extraction du second métacarpien, diviser les muscles du deuxième et troisième espaces interosseux; pour celle du cinquième, séparer les attaches du muscle opposant du petit doigt, en dedans et celle des derniers muscles interosseux en dehors; et enfin pour l'extirpation de l'os procéder comme pour le premier. Dans l'ablation du deuxième os du métacarpe, la lésion de la radiale est inévitable.

Extirpation simple du troisième et du quatrième os du métacarpe. On ferait une incision sur le dos de la main, dans l'intervalle des tendons extenseurs des doigts; on couperait avec soin les muscles interosseux voisins, on luxerait l'articulation serrée carpo-métacarpienne, et on terminerait par la désunion de l'articulation métacarpo-phalangienne. Dans ce dernier temps de l'opération, il est une précaution qu'il ne faudrait pas omettre, et qui est nécessaire pour l'ablation des quatre derniers métacarpiens; c'est de laisser adhérente à la phalange du doigt la portion correspondante du ligament métacarpien transverse inférieur; pour cela, il faut opérer d'arrière en avant la désarticulation métacarpo-phalangienne, et lorsque la jointure est à demi-luxée, relever le bistouri au devant de la tête de l'os du métacarpe, de façon à couper en haut le ligament antérieur, ligament qui reste uni à la phalange, ainsi que le ligament-métacarpien, transverse avec lequel il est confondu. Cette manœuvre offre ultérieurement l'avantage de conserver au doigt sa longueur, en empêchant sa rétraction postérieure, et de donner à la phalange, comme nous l'avons déjà dit, un point d'appui supérieur autour duquel elle peut rouler dans ses mouvemens.

Enfin, disons encore qu'il faut toujours commencer la désarticulation d'abord près du carpe et terminer par l'articulation opposée; parce que d'une part, au niveau du dernier point, les tendons qu'il s'agit de ménager sont plus voisins du lieu où on opère et qu'on les évite mieux, et que d'une autre rien n'est plus facile, lorsque la désarticulation supérieure a été désunie, que de faire basculer l'os qui roule dans toute direction, et de terminer par conséquent l'opération.

Extirpation simple des os du métatarse, sans ablation des orteils. Nous avons dit précédemment que, dès le mois de septembre 1827, époque à laquelle M. *Blandin* extirpait le premier métacarpien, il indiquait déjà le moyen d'étendre cette opération non-seulement aux autres métacarpiens, mais encore aux os du métatarse. Il eut bientôt l'occasion de la mettre en pratique pour un *spina-ventosa* de la tête du premier métatarsien. Voici le procédé qu'il a suivi : le malade étant couché horizontalement, le pied appuyé sur son bord péronier et fixé par des aides, après avoir déterminé la hauteur de l'articulation cunéenne du premier métatarsien, il a plongé un long bistouri étroit en dedans du tendon extenseur du gros orteil, en a dirigé la pointe vers la surface interne du premier métatarsien, en inclinant le manche en dedans, a fait sortir sa pointe à la plante du pied, en dedans du tendon du fléchisseur du gros orteil; puis il a taillé un lambeau qui répondait par son sommet à l'articulation métatarso-phalangienne; le lambeau relevé, il a pénétré dans l'articulation postérieure du premier métatarsien, coupé les chairs du premier espace interosseux, puis étant revenu à l'extrémité postérieure de l'os, il l'a séparée du tarse, en ayant soin d'éviter, pendant cette désarticulation, les tendons extenseurs et fléchisseurs; après quoi il a fait basculer l'os de dehors en dedans, à l'aide d'une forte pince à pansement; a divisé de haut en bas et d'avant en arrière l'articulation métacarpo-phalangienne, afin de laisser adhérente à la phalange la portion correspondante du ligament métatarsien inférieur.

Après la guérison, le pied de la jeune fille opérée par cette mé-

thode conserve sa forme normale, de telle sorte qu'au premier abord on ne reconnaît pas l'opération qui a été pratiquée : seulement en pressant la base du gros orteil, on sent un vide dans lequel les parties molles se laissent déprimer.

Au lieu d'une simple incision, on pourrait faire avec beaucoup d'avantage, le long du côté interne du premier os du métatarse, une incision en T, dont la longue branche, parallèle au bord interne du pied, s'étendrait depuis l'articulation métatarso-phalangienne jusqu'à l'articulation tarso-métatarsienne, et dont la branche transversale répondrait au niveau de la dernière jointure ; enfin si l'extraction de l'os était laborieuse, on pourrait le scier d'abord au milieu, en passant préalablement une plaque de bois entre les deux premiers métatarsiens, et en foulant en dehors les tendons fléchisseurs et extenseurs du gros orteil : l'os scié, il est facile d'en faire basculer les extrémités et de les enlever séparément. Ce procédé, que M. *Roux* a tout récemment mis en usage, pour une carie de la moitié antérieure du premier métatarsien, qu'il a seule enlevée ; s'est servi, avec beaucoup d'avantage pour scier l'os, d'une petite scie brisée, qu'il a passée entre les métatarsiens au moyen d'une aiguille courbe. Chez ce malade, comme chez celui de M. *Blandin*, le pied est peu déformé ; le gros orteil n'est pas rétracté, et on sent de même à sa base un vide, mais moins étendu, dans lequel on peut enfoncer les chairs.

N'oublions pas de dire qu'après ces diverses extirpations, il est de la plus haute importance de panser en plaçant des tampons de charpie vers la paume de la main ou à la plante du pied, afin d'empêcher les fusées purulentes de se propager suivant la direction des tendons fléchisseurs dans les synoviales qui les entourent, jusqu'à l'avant-bras. Enfin, disons encore que l'extirpation du premier métatarsien, faite même complètement, est peu grave : que son articulation isolée, comme celle du premier os du métacarpe en rend raison; tandis qu'au contraire celle des autres métatarsiens serait, et bien plus grave, et bien plus difficile, de même au reste que pour les quatre derniers métacarpiens ; plus grave, en raison de la continuité de la synoviale;

plus difficile, en raison de la disposition serrée des articulations postérieures. Aussi pensons-nous que cette opération n'est véritablement applicable qu'au premier métatarsien.

Avantages et résultats de ce mode opératoire.

La conservation des doigts et des orteils est d'une utilité trop reconnue, pour que nous cherchions à en faire ressortir l'importance physiologique. Qui ne sait, en effet, que les doigts, organes spéciaux du toucher et de la préhension des corps, et les orteils, organes de sustentation et de progression, ne sauraient être lésés ou détruits sans nuire au libre exercice de ces fonctions? C'est bien certainement ce but physiologique qui a dirigé M. *Roux* dans l'extraction simple d'un premier os du métacarpe; opération qui aujourd'hui, comme nous l'avons indiqué, remplace dans beaucoup de cas l'ablation simultanée des métacarpiens et des doigts qu'ils supportent.

Il n'est pas difficile d'établir que ce procédé procure à celui qui le supporte de notables avantages; appliquée au premier métacarpien, elle offre la ressource immense de la conservation d'un pouce, à la vérité raccourci, mais encore extrêmement utile pour les fonctions qui lui sont dévolues.

Appliquée aux quatre derniers métacarpiens, elle permet de même de conserver les doigts correspondans et sans raccourcissement; doigts, il est vrai, moins indispensablement nécessaires que le pouce, sous le rapport du toucher et de la préhension des corps, mais dont l'intégrité parfaite conserve encore à la main cette belle conformation, qui en fait un ornement, particulièrement chez la femme.

Enfin transportée au pied, où il importe bien moins de maintenir la forme que de ménager la solidité, cette opération est aussi moins importante, si ce n'est pour le premier métatarsien. Le pied en dedans et en avant a besoin, en effet, d'un point d'appui qu'il trouve ordinairement dans la tête du premier métatarsien, et un peu dans l'extrémité supérieure et renflée de la première phalange de l'orteil

correspondant : enlevez à la fois l'orteil et l'os métatarsien en totalité ou seulement antérieurement, le pied, privé alors de son arc-boutant nécessaire, se fléchira continuellement en dedans, et la station deviendra presque impossible. M. *Blandin* a vu au bureau central d'admission aux hôpitaux, lorsqu'il y faisait le service, un homme qui avait subi l'ablation du gros orteil avec la tête du premier métatarsien, et chez lequel la marche était tellement gênée, qu'il ne pouvait vaquer à ses affaires, et venait réclamer des secours contre cet état. Aussi ce chirurgien croit-il que dans une maladie qui nécessiterait l'extirpation du gros orteil et de son métatarsien, il serait peut-être plus avantageux de faire immédiatement l'amputation partielle du pied. C'est aussi l'avis que M. le professeur *Marjolin* a exprimé, en examinant ce malade. Laissez, au contraire, le gros orteil, alors la première phalange, dont la fixité est conservée par son adhérence au ligament métatarsien transverse inférieur, et que l'on doit ménager avec soin, fournira encore un point d'appui qui deviendra de plus en plus solide.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.

II.

A sphacelo abscessus ossis. *Sect.* 7, *aph.* 77.

III.

Ex osse ægrotante caro livida, malum. *Ibid.*, *aph.* 2.

IV.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 2.